



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2008

---

## **Evidenz-basierte Medizin und selektive Benachteiligung**

Lenk, Christian ; Biller-Andorno, Nikola

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-187345>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Lenk, Christian; Biller-Andorno, Nikola (2008). Evidenz-basierte Medizin und selektive Benachteiligung. Bulletin / Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden (VSH), (34):25-31.

## Evidenz-basierte Medizin und selektive Benachteiligung

Christian Lenk und Nikola Biller-Andorno

### Einführung

Die Wahrnehmung der modernen Medizin in der Öffentlichkeit ist überwiegend von neuen und innovativen Methoden biotechnischen Handelns bestimmt, durch die wir ein Mehr an Wissen über unseren Körper, aber auch an Therapieoptionen für bis dahin als unheilbar angesehene Krankheiten erhalten. Zugleich ist jedoch die Existenz der sogenannten Evidenz-basierten Medizin (EbM) ein lebendiger Beweis dafür, dass auch Fragen der wissenschaftlichen Theoriebildung und des kontrollierten Wissenstransfers aus der Forschung in die Praxis medizinischen Handelns nach wie vor in der Fachdiskussion eine wichtige Rolle spielen. Sind die Hoffnungen auf die intendierten Folgen der Anwendung der EbM vonseiten ihrer Protagonisten durchweg positiv, werden doch auch immer wieder Stimmen laut, die vor einem zu grossen Rigorismus bei der Einbeziehung von EbM-Kriterien warnen und auf die durchaus heterogene Datenlage in verschiedenen medizinischen Bereichen verweisen. Um insbesondere die ethischen Konsequenzen für Patienten im medizinischen Bereich abschätzen zu können, wurde auf europäischer Ebene das sogenannte EVIBASE-Projekt (*Ethical Issues of Evidence-Based Practice in Medicine and Health Care*) durchgeführt. Im Folgenden werden einige zentrale Ergebnisse dieses Projekts dargelegt.<sup>1</sup>

### 1. Was ist Evidenz-basierte Medizin (EbM)?

Um die Diskussion in einem interdisziplinären Kontext zu erleichtern, mögen zunächst einige Erläuterungen nützlich sein, worin die charakteristischen Eigenschaften der „Evidenz-basierten“ im Gegensatz zur traditionellen Schulmedizin bestehen. Einige dieser Eigenschaften sollen nun näher betrachtet werden.

#### 1.1. Selektion und Implementierung von Wissen

Charakteristisch für die Herangehensweise der EbM ist zunächst einmal ein veränderter Umgang mit der *Selektion vorliegenden und der Implementierung gesicherten Wissens*. Die Protagonisten der EbM verfolgen erklärermassen das Ziel, in einer konkreten Situation der medizinischen Praxis nur das Wissen mit der besten Evidenz zur Anwendung gelangen zu lassen, womit im Idealfall gemeint ist,

dass dieses Wissen in experimentellen Studien mit hohem wissenschaftlichen Anspruch (randomisierte Doppelblindstudien) erhoben wurde. Das bedeutet natürlich zugleich, dass aktuell in der Praxis der Medizin auch auf Wissen Bezug genommen wird, dass diesem Standard nicht entspricht. Eine solche Feststellung ist zwar bereits dazu geeignet, potenzielle Patienten und nicht mit dem Problemfeld vertraute Personen zu schockieren, ist letztlich aber wohl nicht anders zu erwarten. Das hängt einmal mit der Tatsache zusammen, dass es sich bei der modernen Schulmedizin um einen in Jahrhunderten agglomerierten Komplex theoretischer und praktischer Ansätze handelt, in dem vielfach ohne *vorweisbare* Evidenz nach überlieferten Standards gehandelt wird. Viele der noch heute praktizierten diagnostischen und therapeutischen Verfahren haben sich einfach als Standard eingebürgert, ohne dass entsprechende Studien durchgeführt wurden, oder ohne dass die durchgeführten Studien heutigen wissenschaftlichen Anforderungen gerecht werden könnten. Die Qualität anderer medizinischer Verfahren lässt sich in experimentellen Studien nicht verifizieren, wie z.B. in der Notfallmedizin – da es Patienten nicht oder nur mit grossen Einschränkungen zugemutet werden kann, in einer Notfallsituation nicht die medizinische Standardbehandlung zu erhalten (vgl. DICK 1998). Denn einmal lässt sich in einer solchen Situation der für die Durchführung einer wissenschaftlichen Studie notwendige *informed consent* des Betroffenen und potenziellen Studienteilnehmers nicht mehr einholen, andererseits ist das Risiko einer irreversiblen Schädigung des Patienten bei einer alternativen (nicht standardmässigen) Behandlung in einer Notfallsituation einfach zu gross. Notwendigerweise existieren deshalb in der medizinischen Praxis immer Bereiche, in denen sich ein direkter Nutznachweis einer medizinischen Intervention im Vergleich zu anderen Therapieansätzen nicht nachweisen lässt.

Neben der *Selektion* spielt auch die *Implementierung* medizinischen Wissens in der EbM eine grosse Rolle. Beispielhaft anzuführen sind sogenannte „Evidenz-basierten Leitlinien“, die der praktizierenden Ärztin, dem praktizierenden Arzt von Seiten der medizinischen Fachgesellschaften an die Hand gegeben werden, um einerseits die

Komplexität bestehenden Wissens zu reduzieren und andererseits Standards für bestimmte medizinische Probleme zu etablieren. Zudem sollen praktizierende Ärztinnen und Ärzte ausdrücklich ermutigt werden, mit modernen Medien auf aktuelle Studien zuzugreifen und damit vorhandenes, traditionelles oder konsensuelles Wissen zu hinterfragen – ein Vorgang, der innerhalb der EbM-Bewegung auch als Ergänzung der „internen“ (angeeigneten oder individuell vorhandenen) durch „externe“ (in randomisierten Doppelblindstudien oder EbM-gemässen Metareviews) Evidenz beschrieben wird.

Aus medizinethischer Sicht ist ein solcher Ansatz *prima facie* natürlich durchaus zu begrüßen, da er dem Nichtschädigungsgebot bei therapeutischen Eingriffen Rechnung trägt. Ein zeitgemäss interpretiertes Nichtschädigungsgebot hat unserer Ansicht nach durchaus Verbindungspunkte zu medizinischen Anstrengungen der Qualitätssicherung (auch wenn sich das Nichtschädigungsgebot darin nicht erschöpft), da solche Anstrengungen auf struktureller Ebene sicherstellen, dass dem Patienten eine hochwertige medizinische Behandlung zuteil wird. Eine qualitativ minderwertige medizinische Behandlung birgt demgegenüber geringere Heilungschancen und ein erhöhtes Risiko der Schädigung des Patienten durch eine missglückte Behandlung oder unnötig starke Nebenwirkungen. Wie im Weiteren aufgezeigt werden soll, gibt es allerdings auch einige Eigenschaften der EbM, die ethische Probleme mit sich bringen können.

### 1.2. Epidemiologische Perspektive

Der wissenschaftliche Ansatz der EbM ist klar *epidemiologisch* geprägt, der Einzelfall tritt in der Argumentation demgegenüber deutlich zurück. So schreibt z.B. MATTHIAS PERLETH, dass sich die „Evidenz-basierte Medizin als praktische Anwendung der klinischen Epidemiologie zu einer Philosophie der rationalen klinischen Entscheidungsfindung entwickelt“ (PERLETH & ANTES 1999, 14) habe. Damit ist sicherlich einerseits der Versuch einer gesteigerten Anwendungsbezogenheit der Epidemiologie gemeint, der aber zugleich zu einer verstärkten Orientierung der medizinischen Praxis an epidemiologischen Ergebnissen führen dürfte. Der epidemiologische Charakter ergibt sich auch aus dem vielleicht bekanntesten Instrument der EbM, der sogen. „Meta-Analyse“, in der verschiedene experimentelle Studien zu einem medizinischen Problem zusammengefasst und entsprechend gewichtet werden können. Andere Formen medizinischen Wissens, also z.B. das Erfahrungswissen des einzelnen Arztes oder anekdotische Berichte von Heilerfolgen werden demgegenüber

relativiert oder abgewertet. Zu Recht kann man also festhalten, dass hier eine Steigerung des traditionellen epidemiologischen Ansatzes in Richtung praktischer Anwendung versucht wird.

### 1.3. Outcome-Orientierung

Wichtig für das Selbstverständnis der EbM ist schliesslich auch ihre strikte *Outcome-Orientierung*. Der Fokus des Interesses bei der Beurteilung der Effektivität einer Heilbehandlung liegt nicht auf ätiologischen Herleitungen oder dem Verlauf des Behandlungsprozesses, sondern allein auf dem gemessenen, statistischen Ergebnis nach der Behandlung. Prinzipiell kann dieses Ergebnis beliebiger Natur sein, also auch „weiche“ Fakten wie z.B. Bewertungen der Lebensqualität oder Einschätzungen des subjektiven Wohlbefindens beinhalten – wenn es sich nur *überhaupt* sinnvoll messen lässt. Gerade hierin könnte allerdings ein wesentlicher Problempunkt liegen, da nicht geklärt ist, inwiefern alle potenziell bedeutsamen Parameter gleichermassen quantifizierbar sind. So könnte der „Outcome“ einer psychotherapeutischen Gesprächstherapie für den betroffenen Patienten zur weiteren Krankheitsbewältigung fundamentale Bedeutung haben, aber von einer standardisierten Messmethode möglicherweise nur mangelhaft erfasst werden. Ein weiteres Problem liegt in der Frage, inwieweit therapeutisch relevante Subgruppen bei der Erhebung von Therapieerfolgen berücksichtigt werden. Eine Therapie, die in der Gesamtpopulation möglicherweise nur durchschnittliche Behandlungserfolge erbringt, kann in einer spezifischen Subgruppe durchaus erfolgreicher sein. Hier gilt es jedenfalls, grösste wissenschaftliche Sorgfalt beim Studiendesign (auch und gerade bei Meta-Analysen) zu verwirklichen.

## 2. Ökonomisch relevante Eigenschaften der EbM

Gewöhnlich beteuern die Protagonisten der EbM, dass „eigentlich“ keine direkte Verbindung von EbM und Ökonomie besteht (eine nach Evidenz-basierten Kriterien vorzuziehende Therapieform kann kostengünstiger, sie kann aber auch kostenintensiver sein). Das steht unserer Beobachtung nach jedoch in einem gewissen Widerspruch zu dem ökonomischen Kontext, in dem EbM-Massnahmen oft diskutiert werden. Sozusagen als „*Outcome-Beobachtung*“ in der Praxis lassen sich daher einige ökonomisch relevante Eigenschaften der EbM feststellen.

### 2.1. Futility

Ergebnisse -basierter Analysen oder auch nur das Fehlen von Evidenz-basierten Studien werden z.B. von Krankenkassen als wissenschaftlicher „Beweis“ für die „futility“ einer Anwendung und damit als Argument gegen die Kostenübernahme von Behandlungen angeführt. Dabei steht der Terminus „futility“ (als Fachterminus in der medizinethischen Debatte) für die angenommene Nutzlosigkeit eines therapeutischen Eingriffs. Hierbei ist z.B. an Screening-Massnahmen zu denken, bei denen der systematische Fehler einer Messmethode die real auftretende Häufigkeit einer Krankheit übersteigt bzw. die Morbiditätsrate trotz durchgeführter Screening-Massnahmen nicht sinkt. Als Beispiel und sicherlich als eine der aufwendigsten präventiven Massnahmen wird von EbM-Protagonisten immer wieder das Mammographie-Screening genannt (MÜHLHAUSER & HÖLDKE 2000, MÜHLHAUSER 2001). Aber auch therapeutische Massnahmen, wie z.B. die Antibiotika-Medikation bei einem banalen viralen Infekt, wie sie nachgewiesenermassen von Allgemeinmedizinern in einer Vielzahl von Fällen verordnet wird (Antibiotika richten sich gegen bakterielle Erkrankungen und sind gegen Viren wirkungslos), werden beispielhaft angeführt (z.B. BUTLER et al. 1998). Auch hier sind allerdings die im Einzelfall angelegten Kriterien und Massstäbe der „Nutzlosigkeit“ (bzw. die Gründe für das Nichtvorliegen von Daten) zu hinterfragen, bevor Therapieformen von der Finanzierung durch die Krankenkassen ausgenommen werden.

### 2.2. Effektivität (effectiveness)

Eine weitere wichtige, ökonomisch relevante Eigenschaft der EbM ist die Tatsache, dass die Bewertung nach EbM-Kriterien einzelne Therapieformen in ihrer *Effektivität* vergleichbar macht. Das wesentliche Instrument für den Effektivitätsvergleich, das zugleich die Möglichkeit bietet, die unterschiedliche Effektivität zweier Behandlungsformen anschaulich zu kommunizieren, ist die „NNT“, die „Number Needed to Treat“. Diese Grösse gibt an, bei wie vielen Behandlungen mit einer Therapie (im Gegensatz zur Standardtherapie bzw. einer anderen Therapie) ein zusätzlicher Behandlungserfolg entsteht. Wird z.B. in einer klinischen Studie für eine Therapieform eine NNT von 25 im Vergleich zur Standardtherapie gemessen, bedeutet das, dass 25 Patienten der Behandlung unterzogen werden müssen, damit ein zusätzlicher Patient (im Vergleich zur Standardtherapie) geheilt wird. Im Rückschluss lässt sich folgern, dass die Therapie für 24 von 25 behandelten Patienten keinen zusätzlichen Nutzen bringt. Aus dieser Zahl lassen sich dementsprechend auch Schlüsse auf die ökonomische Effizienz einer Behandlung im

Gegensatz zum Standard oder einer anderen Therapie ziehen: je geringer die Zahl der für einen zusätzlichen Behandlungserfolg notwendigen Behandlungen ist, desto grösser ist – bei vergleichbaren Kosten – die ökonomische Effizienz einer Therapie.

### 2.3. Standardisierung

Die Implementierung der EbM in die medizinische Praxis – z.B. durch Evidenz-basierte Leitlinien oder innerhalb von Disease-Management-Programmen – führt zu einer *Standardisierung* medizinischer Leistungen, da dem Arzt hier mehr oder weniger verbindlich vorgegeben wird, welche Therapieform für die Behandlung einer Krankheit als adäquat anzusehen ist. Das muss nicht zwangsläufig kritisch beurteilt werden, da z.B. aus epidemiologischen Erhebungen bekannt ist, dass die Behandlung diverser chronischer Erkrankungen in Deutschland nicht dem wünschenswerten Niveau entspricht (vgl. z.B. GLAESKE 1999, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). Standardisierung führt allerdings auch zu einer grösseren Vergleichbarkeit von Behandlungen sowie – wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch – zu niedrigeren Kosten für die einzelne erbrachte Leistung. So berichten z.B. KERSTING & SOBHANI (1999), wie es in den Berliner DRK-Kliniken durch EbM-geleitete Standardisierungsmassnahmen „ohne Einschränkung der Diagnose- und Therapiefreiheit“ gelungen sei, 10 Prozent des Klinikbudgets einzusparen (ebda). Genau darauf, auf eine mögliche Einschränkung der Diagnose- und Therapiefreiheit, richten sich jedoch verständlicherweise die Befürchtungen vieler Ärztinnen und Ärzte bei der (mit möglichen Einsparungen verbundenen) EbM-geleiteten Standardisierung medizinischer Leistungen (vgl. PRAETORIUS et al. 2001).

### 2.4. Rationalisierung

Der Begriff der *Rationalisierung* wird im Folgenden im Gegensatz zu dem der Rationierung verwandt; es geht also nicht um eine Verringerung der gewährleisteten Ansprüche der Versicherten, sondern darum, dasselbe Ergebnis mit geringeren Mitteln zu erreichen. Die Standardisierung zu erbringender Leistungen kann zu einer Rationalisierung des Behandlungsablaufs führen, indem der Einkauf von Materialien und Medikamenten, aber auch indem therapeutische Vorgänge – z.B. durch sogenannten „Behandlungspfade“ – vereinheitlicht werden. Im Fall von Behandlungspfaden wird jeder Patient mit einer bestimmten Diagnose nach einem vorgegebenen Schema behandelt, welches in der Klinik vor Ort erarbeitet wurde. Kritiker beschreiben diesen Vorgang auch als eine Form der „Industriali-

sierung der Medizin“ (KÜHN 1998), da die individuelle Krankheit des Patienten in einem solchen Organisationsmodell weniger stark berücksichtigt wird, als traditionell in der Medizin gefordert. Insgesamt erzielte Leistungs- und Effizienzsteigerungen werden durch eine Verminderung der Aufmerksamkeit auf den individuellen Fall des einzelnen Patienten erreicht. Der oben genannte Artikel von KERSTING & SOBhani kann als ein Beispiel dafür aufgefasst werden, wie Rationalisierung durch EbM-geleitete Standardisierung möglich ist.

### 3. Systematische Probleme der EbM

Unter *systematischen Problemen der EbM* werden hier diejenigen Schwierigkeiten subsumiert, die nicht aus der falschen Anwendung des Konzeptes der EbM entstehen, sondern aus methodischen Problemen, die auch beim sachgerechten Gebrauch der EbM vorhanden sind. Die systematischen Probleme sind natürlich *per se* genommen noch keine ethischen Probleme; sie können aber zu ethischen Problemen werden, wenn der wissenschaftliche Anspruch der EbM überzogen wird und sich die Versorgung mit sinnvollen therapeutischen Massnahmen für bestimmte Patientengruppen deshalb verschlechtert.

#### 3.1. Publication bias

Unter einem *Publication bias* versteht man die Tatsache, dass für Forscher ein grösserer Anreiz besteht, einer wissenschaftlichen Zielsetzung entsprechende, positive Forschungsergebnisse zu veröffentlichen als negative Forschungsergebnisse. Unabhängig von der tatsächlichen Wirksamkeit einer medizinischen Anwendung kann durch diese Positiv-Selektion bei der Publikation in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, eine Anwendung sei besonders erfolgreich, während sie bestenfalls durchschnittliche Behandlungserfolge erzielt. Dieser Effekt kommt insbesondere bei der Durchführung von Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zum Tragen, wenn sehr viele Studien zusammengekommen werden und sich so auch systematische Verzerrungen einzelner Publikationsergebnisse akkumulieren. Prinzipiell ist es daher für die Anfertigung einer solchen Übersichtsarbeit nicht ausreichend, nur die publizierten Ergebnisse zu berücksichtigen, sondern man müsste zur Vermeidung des „Publication bias“ mit den durchführenden Forschern noch einmal Rücksprache wegen divergierender Forschungsergebnisse halten. Das wäre allerdings nicht nur sehr zeitintensiv, sondern es ist darüber hinaus auch sehr fraglich, ob die Betreffenden im nachhinein ihre Forschungsergebnisse relativieren würden.

#### 3.2. Produktion von Evidenz

Evidenz kann auch zielgerichtet *produziert* werden. Betrachtet man die medizinische Forschung in Abhängigkeit vom internationalen Medikamentenmarkt, ist festzustellen, dass nicht alle medizinischen Anwendungen gleichermassen beforscht werden. Der Schwerpunkt der Forschungsaktivitäten der pharmazeutischen Industrie liegt eindeutig auf medikamentösen Anwendungen zur Behandlung von Krankheiten, die in den finanzstarken Industrieländern verbreitet sind. In Drittweltländern verbreitete Krankheiten wie z.B. Malaria werden demgegenüber mit weniger grossem finanziellen Aufwand beforscht. Pharmakologische Forschungen sind heute sehr zeit- und finanzintensiv: einerseits verhindern die industrialisierten Staaten mit weitreichenden Auflagen eine Gefährdung von Studienteilnehmern in Arzneimittelstudien bzw. von Patienten in der Anwendung – andererseits verringern sie damit die Zahl der Unternehmen, die standardgerechte Arzneimittelforschung betreiben können. Allein die grossen und international operierenden Pharmakonzerne sind deshalb heute noch in der Lage, die hohen Auflagen zu erfüllen, die aus den Forderungen der Evidenz-basierten Medizin (z.B. multizentrische Studien) erwachsen. Das bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, dass es sich dabei auch um die effektivsten Behandlungsmethoden handeln muss. Weniger finanzstarke Unternehmen sind aber oft gar nicht in der Lage, Evidenz für ihre Produkte nachzuweisen, da sie keine aufwendigen multizentrischen Studien mit hohen Probandenzahlen finanzieren können. Noch stärker fällt dieses Missverhältnis beim Vergleich von medikamentösen zu nicht-medikamentösen Behandlungsformen ins Auge. Einige Berufsverbände wie z.B. der der Psychotherapeuten sind gar nicht in der Lage, vergleichbare „Evidenz“ zu produzieren wie die grossen Pharmakonzerne. Das muss allerdings nicht bedeuten, dass solche Behandlungsmethoden nicht wirksam wären – es fehlt einfach die Möglichkeit, solche therapeutischen Optionen mit ähnlichem Aufwand zu untersuchen.

#### 3.3. Kriterien und Zielvorgaben

Wie bereits weiter oben angeführt, lassen sich prinzipiell alle Arten von *Kriterien und Zielvorgaben* in die Vorgehensweise der EbM integrieren. Allerdings dürfte es grundsätzlich schwieriger sein, die Messung „weicher“ medizinischer Parameter wie z.B. gesundheitsbezogene Lebensqualität oder subjektives Wohlbefinden zu bewerkstelligen als diejenige „harter“ Outcomes wie Mortalitäts- oder Morbiditätsrate. Das hängt schon damit zusammen, dass für stärker subjektiv geprägte Parameter zahlreiche unterschiedliche Messinstrumente zur

Verfügung stehen, die alle unterschiedliche Aspekte erheben oder verschieden stark gewichten. Grundsätzlich muss also festgestellt werden, dass nicht alles, was für die Beurteilung relevant ist, auch gleichermassen gut messbar ist. Gesundheitsbezogene Parameter, die weniger gut quantifizierbar sind, erscheinen in der Interpretation der Ergebnisse aber auch als weniger relevant. Auch die Konzentration auf die reinen Outcomes therapeutischer Interventionen wird von einigen Forschern aus der Psychotherapie kritisch gesehen. So fordern beispielsweise DROZD & GOLDFRIED in einem Aufsatz aus dem Jahr 1996, sich in der Psychotherapie weniger auf die Ergebnisse als vielmehr auf den Verlauf des therapeutischen Prozesses zu konzentrieren, da dies langfristig der bessere Weg sei, effektive Heilmethoden zu entwickeln.

#### 4. Beispiel Psychotherapie

Die Darstellung der Problematik erfolgte bisher weitgehend auf der theoretischen Ebene; die Relevanz des Dargestellten kann jedoch auch für die medizinische Praxis verdeutlicht werden.

Dafür bietet sich das *Beispiel Psychotherapie* an, das aus verschiedenen Gründen nicht in das Paradigma der medikamentösen Behandlungen passt, die als besonders EbM-affin charakterisiert wurden. Die in einer Psychotherapie behandelten Krankheitsbilder sind, obwohl am Leiden der Patienten kein Zweifel besteht, teilweise schwer gegeneinander abzugrenzen. Die Behandlung des Patienten erfolgt nicht nach dem Schema: Auftreten der Krankheit – Arztbesuch – singuläre medizinische Intervention – Heilung. Der prozessuale Charakter der Behandlung ist für den Heilerfolg von besonderer Bedeutung. Der Erfolg der Behandlung besteht nicht einfach im Verschwinden einer singulären Symptomatik, sondern in einer komplexen Veränderung verschiedener Parameter wie subjektiver Wahrnehmung, individuellen Verhaltensweisen und sozialer Interaktion des Patienten.

Die Tatsache, dass für psychologische Therapieverfahren weniger entsprechende Studien bzw. Übersichtsarbeiten vorliegen, wird von den Krankenkassen dahingehend interpretiert, dass der Nutzen dieser Anwendungen für den Patienten nicht belegt werden könne und ergo nicht vorhanden sei. So diskutierten Ende 2001 bei einem Forum der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie in Deutschland Vertreter von Politik, Wissenschaft, Krankenkassen und psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden über die zukünftige Finanzie-

rung von Psychotherapie. Dabei forderten Vertreter von Politik, Kassen und Sachverständigenrat, dass von den Fachverbänden „eine auf hohem Niveau Evidenz-basierte und dadurch qualitätsgesicherte Psychotherapie“ sichergestellt werden müsse (Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie 2001). Im gleichen Atemzug wurde unter Bezugnahme auf die durchschnittliche Behandlungsdauer psychisch Kranker in Frage gestellt, ob man es bei der Psychotherapie überhaupt mit einer therapeutischen Massnahme zu tun habe, deren Evidenz sich erweisen lasse.

Ähnliche Probleme bestehen bei der Beurteilung neuer Heilmethoden durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, der für die Beurteilung der Erstattungsfähigkeit neuer Therapieansätze in den Gesetzlichen Krankenkassen zuständig ist (vgl. BÜHRING 2001). In seinem Gutachten zur Psychodramatherapie urteilte der Beirat etwa: „Zur Prüfung vorgelegt wurden insgesamt circa 50 Originalarbeiten (...). Nach Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie erfüllt nicht eine einzige Arbeit die vom Wissenschaftlichen Beirat erstellten Mindestanforderungen: (...) Die vorgelegten qualitativen Studien sind informativ und illustrativ, aber erbringen nicht den geforderten Nachweis der Wirksamkeit“ (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2001). In Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei den erwähnten Originalarbeiten u.a. um Diplomarbeiten und Zeitschriftenbeiträge handelt, stellt sich allerdings die Frage, welche Massstäbe von Wissenschaftlichkeit hier angelegt werden. Auch z.B. Diplomarbeiten sollten wissenschaftlichen Massstäben gerecht werden.

Hier besteht jedenfalls die Gefahr, dass die Finanzierung der Leistungen für psychisch Kranke unter Hinweis auf mangelnde Evidenz verringert wird. Das verweist auf ein altbekanntes, und trotzdem noch immer relevantes Problem, nämlich der Ungleichbehandlung psychischer und somatischer Krankheiten in unserem Gesundheitssystem, nach der nur die Krankheit „real“ vorhanden ist (und deren Behandlung damit vergütet wird), die sich physiologisch nachweisen lässt. Das resultiert letztlich in einer Diskriminierung psychisch Kranker, die in ihrer Wahrnehmung bestärkt werden, mit ihrem Leiden nicht ernst genommen zu werden, und sozusagen Kranke zweiter Klasse zu sein. Demgegenüber ist es von zentraler Bedeutung, darauf hinzuweisen, dass die Evidenz-basierte Medizin nur so gut sein kann wie die von ihr zugrunde gelegten Methoden. Lassen sich Krankheitsphänomene mit quantifizierenden Methoden weniger gut bestimmen als z.B. somatische Symptome, bedeutet das noch nicht, dass sie auch weniger relevant sind.

Um eine selektive Benachteiligung z.B. psychisch Kranker zu vermeiden, ist somit eine Relativierung der Wahrnehmung der Ergebnisse der Evidenz-basierten Medizin nötig.

## 5. Beispiel Internationale Gesundheit

Internationale Organisationen, wie z.B. die Weltgesundheitsorganisation, haben in letzter Zeit verstärkt auf EbM als Instrument der Ressourcenverteilung zurückgegriffen. In diesem Bereich werden einige Probleme der Anwendung von EbM als gesundheitspolitisches Instrument besonders deutlich.

So existiert zum Beispiel eine regelmässig überarbeitete Liste von „Essential drugs“, die in allen Gesundheitssystemen in angemessener Menge zur Verfügung stehen sollen, und zwar zu einem Preis, der für das Individuum bzw. die Gemeinschaft tragbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme auf diese Liste sind, gemäss dem „WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines“, nicht nur Häufigkeit der entsprechenden Erkrankung, sondern auch das Vorliegen von Evidenz bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit und ökonomischer Effizienz (vgl. World Health Organization 2002). Das heisst jedoch, dass Medikamente, zu denen diese Daten nicht vorliegen, grundsätzlich nicht auf die Liste aufgenommen werden können und damit weniger gesundheitspolitische Priorität haben. Die Tatsache, dass kein angemessener Nachweis bezüglich Effektivität und Effizienz vorliegt, muss jedoch nicht darin begründet liegen, dass das Medikament nicht wirksam ist. Vielmehr kann eine Vielzahl anderer Ursachen zu Grunde liegen: mangelnde ökonomische Anreize für die Durchführung entsprechender Studien, eine zu geringe Lobby, methodische Schwierigkeiten etc.

Die Entwicklung, dass finanzielle Unterstützung für die Gesundheitsversorgung im internationalen Kontext zunehmend nur dort geleistet wird, wo Evidenzen für therapeutische und ökonomische Effizienz vorliegen, beinhaltet mindestens zwei problematische Aspekte: Zum einen werden möglicherweise bestimmte Bevölkerungsgruppen weniger gut versorgt, da für die Interventionen, die sie benötigen würden, weniger Evidenzen vorliegen. Zum anderen stellt sich die Frage, wie die Patientenpräferenzen, wie sie nicht nur individuell, son-

dern auch in verschiedenen Kulturen zum Ausdruck kommen, angemessen berücksichtigt werden können. Es besteht die Gefahr, dass traditionelle Heilmethoden mangels wissenschaftlicher Validierung aus der Gesundheitsversorgung einer Bevölkerung gedrängt werden. Die Effektivität solcher traditioneller Heilmethoden mag zwar regional begrenzt sein und teilweise eine nicht unerhebliche Placebokomponente beinhalten; dennoch ist es fraglich, ob mit dem Argument wissenschaftlicher Evidenz über starke Präferenzen hinweggegangen werden sollte.

Die Frage, wie individuelle oder kulturell geprägte Präferenzen oder Wertentscheidungen in „rationale“ Entscheidungen der Ressourcenallokation im internationalen Kontext integriert werden können, stellt sich auch im Kontext formaler Methoden: Outcome-Kriterien werden z.B. in verschiedenen Kulturen anders gewichtet werden, ebenso die Belastung, die eine Erkrankung mit sich bringt („burden of disease“). Anstatt auf der Objektivität von Allokationsmodellen zu beharren, ist es daher von grosser Bedeutung, die subjektiven Variablen zu identifizieren und transparent zu machen.

## Schlussbetrachtungen

Selektive Benachteiligung ist eine reale Gefahr der Anwendung von EbM im gesundheitspolitischen Kontext. Ob Evidenzen für eine Intervention vorliegen, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab: von der Erkrankung und dem Interesse, das für ihre Beforschung existiert (z.B. Erkrankungen, die selten sind oder vornehmlich arme Bevölkerungsgruppen betreffen); von der Altersgruppe und den methodischen und ethischen Komplikationen, die die Integration in Studien möglicherweise mit sich bringt (z.B. Kinder oder geriatrische Patienten) oder von der Beforschbarkeit einer Intervention gemäss (natur-) wissenschaftlichen Standards (z.B. psychotherapeutische Interventionen oder traditionelle Heilmethoden in spezifischen kulturellen Settings). Eine faire Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen darf sich nicht allein auf das Vorliegen von Evidenz als Kriterium stützen. Vielmehr muss auch das Nichtvorliegen von Evidenz genauer untersucht werden, und die Gründe bedürfen einer entsprechenden Würdigung. ■

## Bibliographie

- Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (2001): „Bericht vom AGP-Forum Psychotherapie in Berlin.“ <http://www.agpf-ev.de/AKTUELL-Dateien/AGP-POS-Dateien/AGP-prot.htm>
- BILLER-ANDORNO, N. (2002): „Evidenz-basierte Gesundheitsversorgung - kritische Nachfragen vor medizin-ethischem Hintergrund.“ *Wiener Medizinische Wochenschrift* 152:161-164
- BILLER-ANDORNO, N.; LIE, R.; TER MEULEN R. (2002): „Evidence-Based Medicine as an instrument for rational health policy.“ *Health Care Analysis* 10:261-275
- BILLER-ANDORNO, N.; LENK, C. (2003): „Ethische Aspekte der Evidenz-basierten klinischen Medizin.“ *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 97:681-687
- BILLER-ANDORNO, N.; LENK, C.; LEITITIS, J. (2004): „Ethics, EBM, and hospital management.“ *Journal of Medical Ethics* 30:136-140
- BILLER-ANDORNO, N.; LENK, C. (2007): „EbM und ethische Aspekte.“ in: KUNZ, R. / OLLENSCHLÄGER, G. / RASPE, H. / JONITZ, G. / DONNER-BANZHOF, N. (Hrsg.): *Lehrbuch Evidenz-basierte Medizin in Klinik und Praxis*. 2. überarb. und erw. Auflage. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 24-27
- BÜHRING, P. (2001): „Die Politik schaut einfach zu.“ *Deutsches Ärzteblatt* 47: A3090
- BUTLER, CC.; ROLLNICK, S.; PILL, R.; MAGGS-RAPPORT, F.; STOTT, N. (1998): „Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats.“ *BMJ* 317: 637-642
- DICK, W.F. (1998): „Evidence Based Emergency Medicine.“ *Anaesthetist* 47: 957-967
- DROZD, J.F.; GOLDFRIED, M.R. (1996): „A critical evaluation of the state-of-the-art in psychotherapy outcome research.“ *Psychother.* 33: 171-180
- GLAESKE, G. (1999): „Evidence-based medicine aus Sicht der Krankenkassen – ein Rahmen für qualifizierte Therapiefreiheit und verbesserte Wirtschaftlichkeit?“ *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 93: 421-426
- KERSTING, TH.; SOBHANI, B. (1999): „Der Einsatz von EbM erhöht die Qualität und hilft auch Kosten sparen. Erste Erfahrungen in den DRK-Kliniken Berlin.“ *führen & wirtschaften im krankenhaus*, 16: 312-314
- KÜHN, H. 1998: „Industrialisierung der Medizin? Zum politisch-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen.“ *Jahrbuch für kritische Medizin* 29: 34-52
- MÜHLHAUSER, I.; HÖLDKE, B. (2000): „Mammographie. Brustkrebs-Früherkennungs-Untersuchung.“ Kirchheim, Mainz
- MÜHLHAUSER, I. (2001): „Mammographie-Screening - Informierte Entscheidung statt verzerrte Information.“ in: KOPPELIN, F. / MÜLLER, R. / KEIL, A. / HAUFFE, U. (Hrsg.): *Die Kontroverse um die Brustkrebs-Früherkennung*. Bern u.a., 79-90
- PERLETH, M.; ANTES G. (Hrsg.) (1999): „Evidenz-basierte Medizin. Wissenschaft im Praxisalltag.“ München
- PRAETORIUS, F.; SAHM, S. (2001): „Ethische Aspekte der Regularisierung ärztlichen Handelns.“ *Ethik Med* 13: 221-242
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung.“
- TER MEULEN, R. / BILLER-ANDORNO, N. / LENK, C. / LIE, R. (eds) (2005): *Ethical Issues of Evidence-based Practice in Medicine and Health Care*. Heidelberg/New York: Springer
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2001): „Gutachten zur Psychodramatherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren.“ *Deutsches Ärzteblatt* 98: A348-A351
- World Health Organization (2002): „Essential Drugs and Medicine Policy.“ 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines Meeting, 15-19 April 2002.
- <http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expertcomagenda.shtml>, 2002.

<sup>1</sup> Diese Arbeit wurde von der Europäischen Kommission unterstützt (Contract no QL6-CT-2000-00964). Weitere Publikationen der Arbeitsgruppe vgl. BILLER-ANDORNO 2002, BILLER-ANDORNO et al. 2002, BILLER-ANDORNO & LENK 2003, BILLER-ANDORNO et al. 2004, TER MEULEN et al. 2005, BILLER-ANDORNO & LENK 2007.